

.....  
(pieczętka świadczeniodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

**ZLECENIE ŚWIADCZENIA PROTETYCZNEGO\*/  
ŚWIADCZENIA ORTODONTYCZNEGO\***

NR ...../.....

Nr umowy z NFZ .....

Nazwa świadczeniodawcy .....

Nazwa podwykonawcy .....

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

PESEL świadczeniobiorcy .....

Opis udzielonego świadczenia:

.....  
.....

Kod świadczenia ..... Wartość punktowa .....

**Stan jamy ustnej i projekt pracy**

projekt																			projekt									
	18	17	16	15	55	14	54	13	53	12	52	11	51	21	61	22	62	23	63	24	64	25	65	26	27	28		
stan																												stan
stan																												stan
	48	47	46	85	45	84	44	83	43	82	42	81	41	71	31	72	32	73	33	74	34	75	35	36	37	38		
projekt																												projekt

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Kwota za wykonanie świadczenia stomatologicznego  
leczenie protetyczne\*/ leczenie ortodontyczne\*  
(\*niewłaściwe skreślić)

..... zł

.....  
(data wykonania, czytelny podpis podwykonawcy)

Potwierdzam odbiór wykonanego świadczenia

.....  
(data odbioru, podpis świadczeniobiorcy)

.....  
(data odbioru, pieczętka i podpis lekarza)